

ной инфильтрацией вокруг. В полости, как правило, имелись некротические массы, которые в ряде случаев были найдены и в просвете дренирующего бронха.

У больных с длительным анамнезом гистологическая картина свидетельствовала о развитии хронического или подострого абсцесса: отмечалось наличие полости, выстланной эпителием, с участками пневмосклероза, аденоматоза, ксантоматоза и мелких бронхоэктазов по периферии.

В заключение следует сказать, что блокированный абсцесс легкого характеризуется атипичной рентгенологической картиной и распознавание его нередко затруднено. Диагностика блокированного абсцесса требует использования целого комплекса рентгеновских методик для исключения в первую очередь центральной, периферической, бронхиолоальвеолярной опухоли, туберкулеза, актиномикоза. Выявление ограниченного гнойного эндобронхита при фиброскопии и/или феномен раздренирования (появление полости на фоне затемнения при консервативном лечении либо чрезбронхиальной биопсии в сочетании с одномоментным отхождением большого количества мокроты и клиническим улучшением состояния больного) следует считать наиболее на-

дежными диагностическими признаками блокированного абсцесса легкого.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бродский С. Р. О клинко-рентгенологической диагностике абсцессов и гангрены легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Баку, 1984.
2. Гордеева Т. Я. Динамика рентгенологической картины острых абсцессов легких, леченных неоперативным путем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1982.
3. Колесников И. С., Вихриев Б. С. Абсцессы легких — Л.: Медицина, 1973.
4. Лаптев А. Н. Диагностика и лечение блокированного абсцесса легкого // Клин. хир.— 1986.— № 10.— С. 6—7.
5. Лаптев А. Н. Микрофлора абсцессов легких до и после их прорыва в бронх // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 1-й: Сборник резюме.— Киев, 1990.— № 456.
6. Путов Н. В., Толузаков В. Л., Егизарян В. Т. Абсцессы легких // Руководство по пульмонологии / Под ред. Н. В. Путова, Г. Б. Федосеева.— Л.: Медицина, 1987.— С. 319—337.
7. Федоров Б. П., Воль-Эпштейн Г. Л. Абсцессы легких.— М.: Медицина, 1976.
8. Худяков Л. М., Русанова Н. В., Мезанцев И. А. Диагностика блокированных абсцессов легких // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 1-й: Сборник резюме.— Киев, 1990.— № 465.

Поступила 09.04.93.

## Заметки из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993

УДК [616.24+616.231+616.329]-007-031.14-053.2

*Ю. Н. Левашев, В. П. Молодцова, В. В. Варламов, И. В. Мосин,  
В. Л. Лебедев*

### РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Отдел хирургии и трансплантации легких НИИ пульмонологии МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Одним из наиболее частых вариантов сочетанного порока органов дыхания и желудочно-кишечного тракта является врожденная непроходимость (атрезия) пищевода с сопутствующим трахеопищеводным соустьем (Баиров Г. А., 1984; Имре Й., 1985). Этот вид патологии обычно диагностируется сразу же после рождения ребенка и требует экстренного оперативного вмешательства. Изолированный, тем более широкий, трахеопищеводный свищ встречается крайне редко, а описаний его сочетания с кистозной гипоплазией легкого и сепарацией бронхов верхних долей в литературе нам не встретилось.

Больной Н., 11 лет, поступил в отделение 14.09.92 г. с жалобами на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки. Болен с рождения. — частые

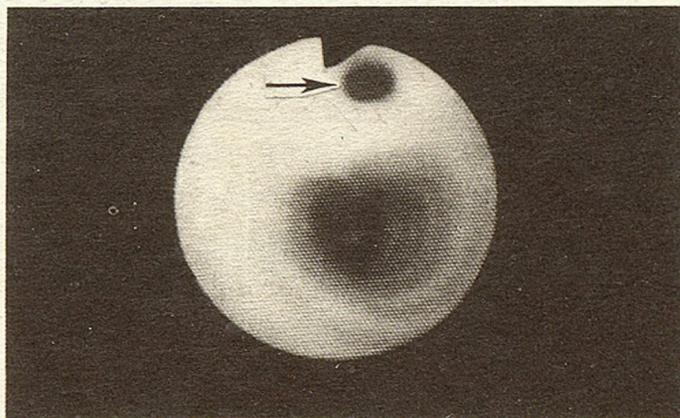


Рис. 1. Эндофотограмма трахеи. Трахеопищеводный свищ на задней стенке средней трети трахеи.

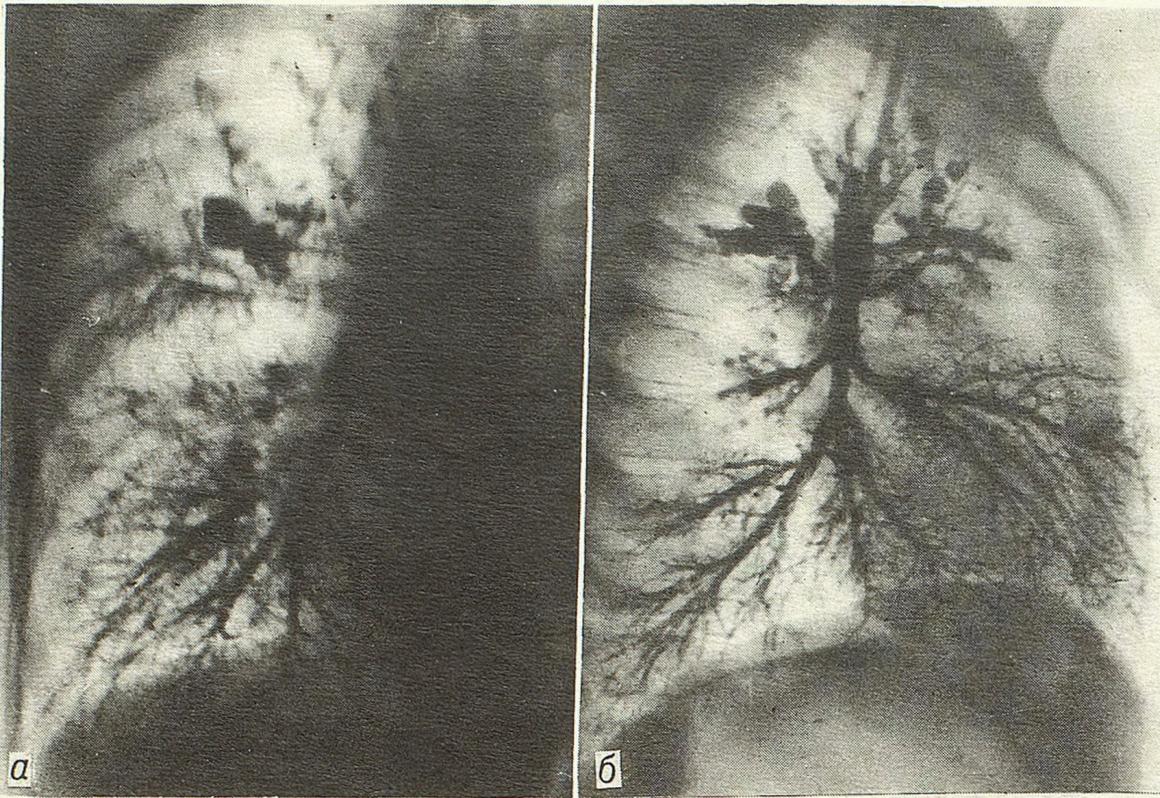


Рис. 2. Бронхограмма правого легкого:

а) передняя проекция; б) боковая проекция. Кистозные расширения бронхов верхней доли правого легкого, anomальное отхождение  $B_1$  от главного бронха.

ОРЗ, пневмонии. При тщательном сборе анамнеза мать ребенка отмечала его поперхивание при приеме пищи, начиная с двухмесячного возраста. Ранее пациент был дважды тщательно обследован (рентгенография, бронхоскопия, бронхография) и с диагнозом «бронхоэктазии верхней доли правого легкого» направлен для хирургического лечения.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Внешний вид и вес не соответствуют возрасту. При брон-

хофиброскопии обнаружен широкий (8 мм в диаметре) трахеопищеводный свищ (рис. 1), располагающийся на задней стенке трахеи в 4 см от истинных голосовых связок и в 4,5 см от бифуркации трахеи. Выявлены также гнойный эндобронхит с преимущественным поражением бронхов верхней доли правого легкого и аномалия развития трахеобронхиального дерева: сепарация бронхов верхних долей — самостоятельное отхождение  $B_1$  от главных бронхов.

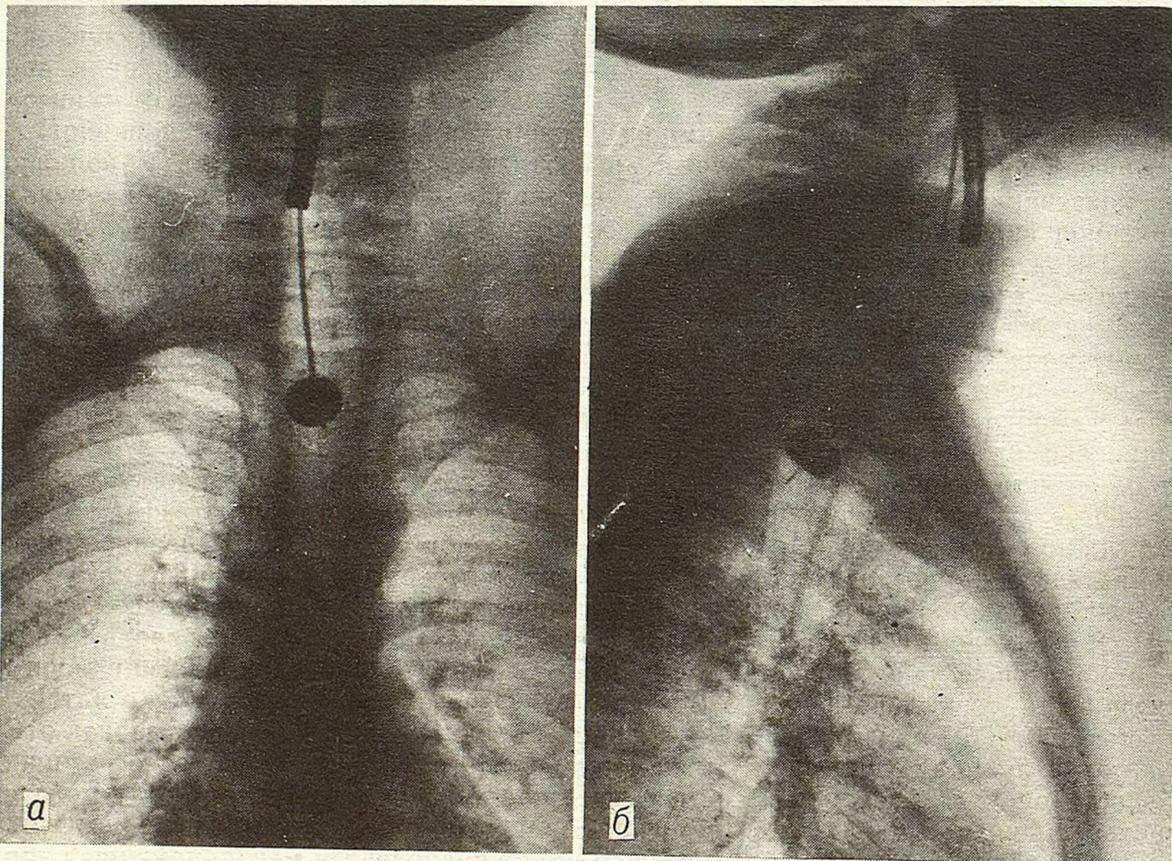


Рис. 3. Баллон Фогарти, заполненный верографинном, введен через трахею в свищ и находится в пищеводе в области соустья. Конец бронхофиброскопа расположен между истинными голосовыми складками:

а) передняя проекция, б) боковая проекция.

При рентгеновском исследовании пищевода наблюдался сброс контрастного вещества в трахею. При бронхографии: справа — кистозные расширения бронхов верхней доли правого легкого, anomальное отхождение В<sub>1</sub> от главного бронха (рис. 2); слева — просветы бронхов нормальные, anomальные отхождения В<sub>1</sub> от главного бронха. Для уточнения уровня патологии в пищевод через свищ, под контролем бронхофиброскопа, со стороны трахеи введен катетер Фогарти с баллончиком, заполненным контрастным веществом (рис. 3). Перед операцией ребенку был проведен курс бронхоскопических санаций.

19.10.92 г. Ю. Н. Левашевым проведена операция: заднебоковая торакотомия в IV межреберье справа. При ревизии в области верхней доли плоскостные спайки, доля уменьшена в объеме. Над пищеводом вскрыта медиастинальная плевра. Обнаружено широкое трахеопищеводное соустье, располагающееся на границе верхней апертуры грудной клетки. Произведено рассечение соустья, после чего выполнено ушивание дефекта пищевода двухрядным швом. Дефект мембранозной части трахеи ушит в косом направлении одиночными швами. Между ушитыми дефектами пищевода и трахеи проложен лоскут межреберных мышц на ножке. Следующим этапом операции выполнена резекция верхней доли правого легкого.

В течение пяти дней после операции питание ребенка осуществлялось через назогастральный зонд. При контрольной трахеобронхоскопии после хирургического вмешательства — без особенностей. Гистологическое исследование резецированной верхней доли: порок развития — кистозная гипоплазия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан на 14-е сутки после операции.

Приведенное наблюдение интересно с нескольких позиций. Во-первых, с подобным пороком,

а тем более множественными недоразвитиями, дети, как правило, погибают в раннем возрасте, если им не выполнена радикальная операция по разъединению трахеи и пищевода.

Во-вторых, кистозная гипоплазия верхней доли в 10—15 % случаев протекает доброкачественно. Однако широкое соустье трахеи с пищеводом, а также сепарация бронхов, способствовали забросу пищи из трахеи в легкие и, в первую очередь, в верхние доли.

Постоянный кашель с мокротой с детства, ячеистый характер легочного рисунка в проекции верхней доли справа дали повод врачам заподозрить наличие бронхоэктазий и направить ребенка к хирургу.

И наконец, локализация свища в области средней трети трахеи вызвала затруднения в выборе доступа: переднего (стернотомического или шейного) или заднего. Существенную роль при этом сыграло контрастное исследование с введением зонда Фогарти через свищ из трахеи в пищевод. Это, а также необходимость резекции верхней доли предопределили правильный и наименее травматичный доступ — задний в IV межреберье. Отсутствие в доступной литературе подобных наблюдений явилось поводом к описанию случая.

## Обзоры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1992

УДК 616.24-07:616-008.9

*Ф. С. Таджиев, А. Н. Кокосов, Н. В. Сыромятникова*  
**СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ**  
(литературный обзор с приведением собственных данных)

ВНИИ пульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

В последнее время значительно возрос интерес к изучению проявлений функциональной активности легких, в частности нереспираторной их функции, при болезнях органов дыхания (БОД), особенно хронических. Уделяется внимание метаболическим процессам, связанным с детоксикацией, ингибированием и, частично, синтезом биологически активных соединений и гормонов. Доказано, что легкие активно участвуют в метаболизме стероидных гормонов (СГ), не только глюкокортикоидов (ГЛК), но и андрогенов, эстрогенов [30, 38, 41, 58], и микроэлементов [13, 15, 47, 56]. В легких также обнаружены рецепторы к ГЛК гормонам, андрогенам и эстрогенам [63, 90].

ГЛК стимулируют синтез белка в печени, увеличивая активность ферментов, участвующих в гликонеогенезе [24]. Под действием ГЛК повышается активность ферментов метаболизма аминокислот и др. [40, 68]. У человека главным

ГЛК является кортизол. Регуляция метаболизма ГЛК осуществляется АКТГ по принципу отрицательной обратной связи [78]. Установлено и влияние гонадотропного гормона на метаболизм ГЛК [79], гипофизэктомия приводит к снижению всех ферментов, участвующих в обмене стероидов [55]. Кортизол играет важную роль в созревании легких плода, в синтезе компонентов сурфактантной системы, в частности легочных фосфолипидов, способствуя увеличению размеров альвеол [92, 94]. ГЛК участвуют также в нейрогуморальном обеспечении иммунного статуса. Они уменьшают образование антител [25], усиливают взаимодействие между иммунокомпетентными стволовыми клетками и клетками тимуса, тормозят процессы фагоцитоза. При формировании аллергической реакции ГЛК препятствуют выделению биологически активных веществ тучными клетками, тормозят вазодилатацию сосудов микроциркуляторного русла в очаге воспаления и та-